



*Nombre del Alumno: **Jacqueline Montserrat Selvas Pérez***

*Nombre del tema: **Casos Clínicos***

*Parcial: **4°***

*Nombre de la Materia: **Cardiología***

*Nombre del profesora: **Dra. Darinel Navarro***

*Nombre de la Licenciatura: **Medicina Humana***

*Semestre: **5°***

San Cristóbal de las Casas, Chis, 8 de diciembre del 2023

CASO CLINICO 1

Paciente lactante de tres meses de edad, acude a consulta de Atención Primaria, la madre refiere que en los últimos días se cansaba y sudaba mucho coincidiendo con las tomas. El embarazo, el parto y el periodo neonatal habían sido normales, y no presentaba antecedentes médico-quirúrgicos personales ni familiares de interés. En la exploración física, se observó taquipnea con leve tiraje subcostal, saturación de oxígeno del 98% y un soplo pansistólico grado 3/6 audible en múltiples focos, con máxima intensidad a nivel del tercer-cuarto espacio intercostal izquierdo. Tras realizar un electrocardiograma, derivó al lactante a Urgencias del hospital, dada su sospecha diagnóstica.

En el EKG se observa un ritmo sinusal (onda P positiva en I y en aVF) regular a 100 latidos por minuto, sin anomalías en la onda P ni en la repolarización (segmento ST y onda T). El eje del complejo QRS se sitúa en torno a 60° (positivo en I y en aVF, prácticamente isodifásico en aVL), con un patrón de bloqueo incompleto de rama derecha (BIRD: RSR' en V1 con complejo QRS estrecho).

Llaman la atención los voltajes del complejo QRS en las derivaciones V5-V6. Recordamos en este punto la importancia de analizar minuciosamente todos los detalles del EKG. La calibración habitual consiste en una velocidad del registro de 25 mm/segundo y una amplitud de 10 mm/mV (la amplitud se refiere a la altura y profundidad de las distintas ondas). En este caso, la velocidad es la estándar (compruébese en la parte inferior derecha del ECG), pero no la amplitud. Junto al lugar donde se indica la velocidad, se puede leer "5 mm/mV", es decir, cada milivoltio (mV) equivale a 5 mm del trazado, y no a 10 mm como suele ser por norma general.

Dx: cardiopatía congénita

CASO CLÍNICO 2

Niño de 7 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor torácico de unas horas de evolución que mejora al inclinarse hacia delante y empeora en decúbito prono. Afebril. Sin antecedente infeccioso ni traumatismo torácico. Intervenido por comunicación interauricular tipo ostium secundum (CIA-OS) amplia, corregida quirúrgicamente hace 9 meses sin incidencias posoperatorias ni en los controles posteriores. Bien vacunado.

Se realiza una radiografía de tórax y un electrocardiograma. Dados los antecedentes del paciente, es visto por Cardiología Infantil y se realiza una ecocardiografía transtorácica (ETT). Ante los hallazgos en el electrocardiograma y la sospecha clínica de pericarditis aguda, se recomienda reposo y tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Dada la ausencia de factores de riesgo, se indican los signos de alarma para vigilar en el domicilio y el control posterior en las consultas. A las 24 horas, inicia un cuadro de fiebre acompañado

de malestar general, sudoración y aumento de dolor irradiado a la extremidad superior izquierda y el cuello, que se acentúa con la inspiración. Es reevaluado en Urgencias y se destaca, en la exploración física, palidez y sudoración con adecuada perfusión periférica y pulsos distales presentes. Las cifras de tensión arterial y de frecuencia cardíaca (FC) son normales y no se aprecia pulso paradójico ni roce pericárdico en la auscultación cardíaca. Ante el empeoramiento clínico, se realiza una nueva radiografía de tórax (Figura 1. B), sugestiva de aparición de derrame pericárdico, confirmado en la ETT (Figuras 4. A y 4. B), y un electrocardiograma de control (Figura 2. B). Ante la rapidez de la instauración del derrame pericárdico moderado (11-12 mm) y el brusco empeoramiento clínico, se decide la monitorización y la vigilancia estrecha en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Evolución de la radiografía de tórax. Figura 1. A. Radiografía de tórax al momento del diagnóstico (día 1): normal. Suturas de esternotomía media. Figura 1. B. Cardiomegalia (día 2). Con respecto al estudio previo, 24 horas antes, se muestra un aumento de la silueta cardiopericárdica con un pinzamiento del seno cardiofrénico, sugestiva de derrame pericárdico. Se aprecia una silueta cardíaca globular en forma de “cantimplora o botella de agua”

Fases en la evolución del electrocardiograma durante la enfermedad. 2. A (día 1). Electrocardiograma fase I: ritmo sinusal a 74 latidos por minuto (lpm), elevación del ST de 1 mm en derivaciones II, aVF, V2, con onda T positiva. Bloqueo incompleto de rama derecha. QRS estrechos. Eje + 60°. Repolarización: descenso de ST de 1 mm en V3. 2. B (día 2). Electrocardiograma fase II: descenso del ST y aplanamiento de onda T. 2. C (1 mes). Electrocardiograma fase III: inversión de la onda T. 2. D (2 meses). Electrocardiograma fase IV: normalización. Ecocardiografía (eje paraesternal largo) normal, sin evidencia de derrame pericárdico. Ecocardiografía (eje subcostal largo). B1: separación de ambas hojas del pericardio durante todo el ciclo cardíaco, con contenido anecoico en su interior, indicativo de derrame pericárdico moderado (11-12 mm en telediastole), loculado y con numerosos tractos de fibrina en su interior (flecha) sin signos de taponamiento; b2: ecocardiografía en modo M: medición de la cuantía de derrame.

Durante su ingreso, se amplía la batería de estudios para despistaje infeccioso y otras posibles causas, y se destaca, únicamente, una discreta leucocitosis con neutrofilia, que se resuelve en la analítica de control a las 48 h. Fracción N-terminal del péptido natriurético cerebral (ProBNP): 588,2 pg/mL (0-300 pg/mL); troponina I: < 0,01 ng/mL (0-0,04 ng/mL); creatina quinasa (CK): 77 U/L (0-171 U/L); proteína C reactiva (PCR): 7,42 mg/dL (0-0,5 mg/dL); y procalcitonina: 0,55 ng/mL (0-0,5 ng/mL). Función renal, hepática y tiroidea: normal. Las serologías extraídas para enfermedad de Lyme, virus de Epstein-Barr, parvovirus B19, micoplasma, citomegalovirus, rubéola, toxoplasma y PCR para enterovirus fueron negativas, así como el hemocultivo, la prueba de la tuberculina y el exudado faríngeo de enterovirus mediante PCR.

Diagnóstico de exclusión definitivo de pericarditis aguda idiopática con derrame pericárdico, se inicia un tratamiento con aspirina (ácido acetilsalicílico -AAS-) (100 mg/kg/día cada 6 h) y colchicina (0,5 mg/día), con buena evolución del dolor y mejoría del estado general. Por la estabilidad clínica, puede ser dado de alta a las 72 h del ingreso, y se recomienda reposo y mantener el tratamiento médico. La evolución es satisfactoria con desaparición de la clínica a la semana del inicio del tratamiento.

CASO CLINICO 3

Paciente de 67 años sin antecedentes personales de interés, que acude trasladado en ambulancia tras resbalar en la ducha. Es atendido en el servicio de cuidados críticos por fuerte dolor en la región lumbar y los miembros inferiores. El paciente, que presenta barrera idiomática, no refiere traumatismo, aunque sí la realización de un movimiento brusco para evitar una caída, iniciándose un fuerte dolor en la región torácica que fue progresando hasta instaurarse en los miembros inferiores.

En la exploración presentaba constantes, exploración abdominal y auscultación cardíaca y pulmonar dentro de la normalidad, destacando paresia de miembros inferiores con hipoestesia desde rodillas hacia pies y reflejos osteotendinosos alterados. No se palpaban pulsos pedios ni femorales, visualizándose hipoperfusión cutánea descendente desde la región umbilical.

Se realizaron analítica de sangre, radiografía de tórax y TAC torácico con contraste intravenoso de urgencia, donde se objetivó DA toraco-abdominal desde el arco aórtico, afectándose la arteria subclavia izquierda y mesentérica superior, hasta la bifurcación de las ilíacas, donde se interrumpía bruscamente el contraste.